

# Convenio sobre el Reporte de Trabajadores de Alimentos

## Prevención de la Transmisión de Enfermedades a través de Alimentos por parte de los Trabajadores Infectados que Manipulan Alimentos

El propósito de este convenio es garantizar que los Trabajadores de Alimentos y los Trabajadores Condicionales notifiquen a la Persona a Cargo cuando ellos experimenten cualquiera de las condiciones indicadas, a fin de que la Persona a Cargo pueda tomar las medidas adecuadas para impedir la transmisión de enfermedades a través de los alimentos.

### YO ACEPTO A INFORMAR A LA PERSONA A CARGO SOBRE:

#### A. LOS SÍNTOMAS DE:

diarrea; vómito; ictericia; dolor de garganta con fiebre; cortaduras o heridas con pus en manos, muñecas o una parte expuesta del cuerpo (como quemaduras por agua hirviendo y lesiones infectadas, aunque sean pequeñas).

#### B. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ESTAR ENFERMO CON:

norovirus, Escherichia coli que produce la toxina Shiga, Salmonella Typhi (la fiebre tifoidea), *Shigella* spp (infección por *Shigella* spp.), *Salmonella* no tifoidea y Hepatitis A, así como otras enfermedades que pueden ser transmitidas por alimentos de acuerdo con la 105 CMR 300.000. Contacte al Programa de Protección de Alimentos al 617-983-6712 o al Programa de Epidemiología al 617-983-6800 para información adicional.

#### C. DIAGNÓSTICO MÉDICO PREVIO DE ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS LISTADAS ANTERIORMENTE:

¿Ha sido usted diagnosticado(a) con alguna de las enfermedades indicadas anteriormente? \_\_\_\_\_

De ser así, ¿cuál fue la fecha del diagnóstico? \_\_\_\_\_

#### D. CONDICIONES DE ALTO RIESGO:

- Exposición a o sospecha de causar cualquier brote confirmado de una enfermedad indicada anteriormente en la Parte B.
- Un miembro de la familia ha sido diagnosticado con alguna de las enfermedades indicadas anteriormente en la Parte B.
- Un miembro de la familia que asiste o trabaja en un entorno que presenta un brote de una enfermedad indicada anteriormente en la Parte B

He leído (o me han explicado) y comprendo los requisitos con respecto a mis deberes según el Código de Alimentos 105 CMR 590-2013 y este convenio para cumplir con los requerimientos de reporte especificados anteriormente en conexión con los síntomas, diagnósticos, y condiciones de alto riesgo especificadas. También comprendo que, si experimento uno de los síntomas o condiciones de alto riesgo, o de ser diagnosticado(a) con una de las enfermedades anteriores, podría tener que cambiar mi trabajo o dejar de trabajar completamente hasta que dichos síntomas o enfermedades sean resueltas.

Comprendo que no cumplir con los términos de este convenio puede conllevar a que el establecimiento de alimentos o la autoridad regulatoria de alimentos tome acción, lo cual puede poner en riesgo mi empleo y puede involucrar una acción legal en mi contra.

Nombre del Trabajador de Alimentos o Trabajador Condicional (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del Individuo Nombrado Anteriormente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Titular del Permiso o Representante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Financiación para esta traducción fue proporcionada por la Beca Cooperativa FDA a la Ciudad de Melrose, MA. Este es un formato modelo creado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, el cual es ofrecido como una herramienta para que la industria lo use como una ayuda en cumplimiento con la 105 CMR 590.002(E) y el Código Federal de Alimentos 2-201.11. El uso de este formato es voluntario y no es requerido por la regulación estatal. Revisado: Octubre, 2018